

## P1-49

### 多職種で行う医療依存度の高い患者の在宅支援についての考察

仙台赤十字病院 医療社会事業部<sup>1)</sup>、看護部<sup>2)</sup>○樋口 友希<sup>1)</sup>、高山 祐子<sup>1)</sup>、広瀬 和之<sup>1)</sup>、四ノ宮康子<sup>1)</sup>、大樺 美香<sup>2)</sup>、加藤 千恵<sup>2)</sup>

【はじめに】A病院は一般病棟と地域包括ケア病棟が設置され、相談支援部門にソーシャルワーカー、退院調整看護師、介護支援専門員が配置され在宅支援を展開している。医療依存度の高い患者の在宅支援及び社会制度活用支援を展開したので事例を基に報告する。【事例と支援の実際】69歳Bさん男性は平成29年10月に呼吸苦を主訴に入院。他院にて精査を行った結果、悪性胸膜中皮腫の診断となった。その後当院へ在宅調整目的にて入院。アスベスト健康被害救済給付制度と介護保険制度についてソーシャルワーカーが申請支援を行った。以降も当院に通院予定で、入退院を繰り返す可能性が高いことから、当院介護支援専門員がケアプランを担当した。訪問看護による在宅酸素管理や疼痛コントロール、福祉用具の導入等を行い退院したが、その後も入退院を繰り返し末期の状態となり、退院調整看護師が往診医を導入して自宅退院となった。入院中から本人の自宅退院希望が強く、妻も少しでも長く自宅で生活させてあげたいとの思いがある反面、在宅酸素管理や疼痛コントロールが必要であること、主介護者が妻のみであること等から在宅支援が困難と思われた。それらに対し、それぞれの職種が専門性を発揮しタイムリーにケースに取り組むことができた為、医療依存度の高い患者への在宅支援の充実が図られた。【考察】医療依存度の高い患者はソーシャルワーカーのみでの在宅支援は難しく、多職種連携が欠かせない。当院の退院支援部門は多職種で対応にあたっており、強みでもあるといえる。病院が地域包括ケアを実践する上で在宅支援の強化は不可欠である。今後も部署内での連携は去ることながら、他部署及び他機関との連携を行い、充実した支援を提供していきたいと考える。

## P1-51

### 早期からの緩和を取り入れてACPをすすめる取り組み

京都第一赤十字病院 緩和ケアセンター

○田中 結美、中満 順子、藤澤なすか、岡本 恵、伏見久美子、富井 真一、上田 和茂

【背景】当院の緩和ケアチーム（以下PCT）では、がん患者家族に質の高い緩和ケアを提供し、QOLの向上を目指すことを目標として活動を行っている。しかし、化学療法目的で入院しそのまま死亡される患者、終末期に転院後数日で亡くなる患者などが散見され、緩和ケアの質に課題があるのが現状である。そこで、緩和ケアの質の向上に向けて、ACPを含めた早期からの緩和ケアを推進する取り組みを開始したので報告する。【方法】PCTでACPの推進について検討、計画（1.カンファレンスの推進、2.予後予測スコアの活用、3.医療者向け学習会、4.ACPシステムの整備の準備、5.がん看護外来から早期緩和ケアが必要な患者のトリアージ）を立て、実施した。【結果】1.PCTに依頼のあったケースについては、主治医・病棟看護師、PCTで必ずカンファレンスを行うようにした。2.カンファレンスの際には予後予測スコアを活用し、今後の治療、療養の場の選択についても話し合うようにした。3.院内のACPの学習会は78名、地域との合同の学習会は151名、地域連携の会であるがんワークショップには152名の参加があった。4.ACPをPRO（Patient Reported Outcome）システムにより積極的に行っている九州がんセンターを見学した。5.がん看護外来でPCTの看護師が関わった進行・再発がん患者については、診断時より緩和ケアを提供できるように、主治医・病棟・外来看護師と連携するようになった。【考察】2017年度からACPをすすめる取り組みを開始した。早期からの緩和ケア、ACPが院内に徐々に浸透しつつあるが十分に実践できるところまでには至っていない。今後は、PROを使ったACPを導入し、緩和ケアセンターのがん看護外来を有機的に運用することにより、ACPを推進し、がん患者・家族のQOLの向上に寄与することが課題である。

## P1-53

### 緩和ケアチームからみた退院支援

さいたま赤十字病院 緩和ケアチーム

○原 敬

がん終末期の在宅移行への援助には、自宅退院を望む患者の要望を実現する退院調整と、自宅退院の決意そのものを援助する退院支援があるという。がん治療を担う多くの赤十字病院は、がん治療が終了した患者に住み慣れた自宅への退院へむけてサポートしようとする。ところが、患者本人や家族が「もう少しよくなったら」とか「自分自身で身のまわりのことができるようになるなら」などと言い、入院のまま病状が悪化し本人と家族にとって大切なときを自宅で過ごす選択肢が失われてしまうことも少なくない。主治医は病状を説明し現状を知らせ、退院支援部門が地域リソースを紹介して在宅療養の心配を払拭しよう試みるが、家へ帰る決意に至らないのが実情ではなからうか。ここでわたしたちが行うべき援助は、地域リソースの仕組みづくり、病状説明と情報提供の仕方の工夫や着手の前倒しだけなのだろうか。この不自由なからだと回復が見込めない自分には家で過ごす将来に何の意味も見いだせないからと、在宅療養に踏みだせない理由（苦しみ）を緩和ケアチームに訴える患者は少なくない。患者は、家で暮らす準備が整ったから帰る決意をするのではない。いままで退院し家で暮らす将来に意味を見いだせたとき、たとえ準備が整わなくとも、患者は不安をふり払って退院する。終末期在宅移行でわたしたちが行うべき援助の核心は、病状や連携の仕組みの説明ではない。このままの自分として家で生きることの体験とその意味を、いまここで患者と対話することである。対話の目的は情報収集ではない。対話する医療者の態度が患者の語りを支えるのである。自身の語りのおかげで患者が自己と向き合い、このままで生きることの意味を患者自身が語って将来を切り拓いてゆく。これが緩和ケアチームの視点からみた退院支援の経験である。発表では実例を交えて紹介したい。

## P1-50

### 医療依存度が高く精神的サポートに難渋した呼吸器装着患者の在宅移行支援

高知赤十字病院 看護部

○山崎菜衣子、横川 理央、井上 和代

【背景・目的】全身性強皮症と偽性腸閉塞症で在宅療養中のA氏は、誤嚥性肺炎を併発し人工呼吸器管理となった。経口薬使用不可から精神的サポートに難渋し、転院調整も難航した。最終的に家族は在宅移行を希望され、介入79日後に自宅退院できた。本事例を振り返り、急性期病院からの在宅移行支援における今後の示唆と課題を報告する。【方法】実践報告。A氏の経過及び介入実践を記録と看護師へのインタビュー内容から分析した。倫理的配慮としては看護部倫理委員会の承諾を得た。【結果・考察】在宅移行支援のプロセスを、転院調整開始前・転院調整中・在宅移行調整中の3期に分けて述べる。＜転院調整開始前＞家族は、患者の精神状態悪化を懸念し永続的に個室での付き添いを希望し、介護にも意欲的であったが、転院による医療・看護度の低下を危惧し不安も聞かれていた。＜転院調整中＞転院調整は難航し、転院への不安も強かった家族は、訪問看護師に在宅退院可能か相談していた。そこで、転院調整と並行しながら、看護師が中心となり、在宅移行が可能か、家族・医師・MSWと話し合い、在宅療養でのリスクの説明や家族の覚悟を支え、在宅療養への流れを作った。家族は、身の回りの看護・介護技術を習得しながらも、在宅介護のイメージがつかない不安を抱えていた。＜在宅移行調整中＞不安や不眠のコントロールに難渋し、家族も夜間不眠による疲労が増強した。そこで、家族間サポートを強化し、在宅医とのカンファレンスを重ね、在宅での医療処置・指導方法を協議した。医療依存度が高い状況でも、急性期病院からの在宅移行支援は可能である。在宅医・家族との連携、看護師の移行支援の知識及び経験が必要であることが明らかになった。

## P1-52

### 母親の精神的不安に寄り添いながら在宅移行への意思決定を支えた関わり

名古屋第一赤十字病院 小児医療センター

○羽羽美紗絵、南谷 実希、中村 愛、近藤美絵子、山田 美穂

目的：医療的ケアが必要な患児とその家族の退院調整を振り返り、退院前に発生した問題とそれに対する介入を明らかにし、今後の退院支援に活かす。方法：入院期間中の診療録から情報を収集し、母親の受容過程や看護師の関わり方を振り返り、効果的な介入方法及び改善点について明らかにする。事例：10歳女児。インフルエンザ脳症を発症し、気管切開、経管栄養を要し、自力体動不可能となった。看護の実際：初視より母親は患児に積極的に関わることはなく、1か月を目途に医療的ケアの指導スケジュールを立てた所、母親はケアに拒否感を示した。母親は患児の現状を自身の責任と捉え、患児の苦しむ顔を見ることが耐え難く拒否感につながっていた。医療者間で話し合った結果、指導は一旦中止し、母親の揺れ動く気持ち丁寧に汲み取り、今後のことを一緒に考えていく姿勢で寄り添うこととした。家族の意向を確認後、2か月後を退院予定とし指導を再開した。指導の際には母親の不安を傾聴し、出来ていることを言語化して伝え、母親の負担にならない方法で進めていった。患児の表情や反応を母親とともに共有し、同時に母親だけがケアの担い手にならないように父親、兄への指導も行った。母親から「家に帰れるのは嬉しい。」と退院後の生活に向けて期待する発言も聞かれた。考察：在宅移行決定後は、家族への指導も同時に進めたことで、家族全体で生活していく力を高めていくことができた。患児の反応に応じたケアと一緒に考えていく内に、母親も「やらねばならぬもの」としてケアを捉えるようになり、精神的負担が軽減したと考える。子どもが病気や障害の受け止め方、家族の気持ちを尊重し、意向に寄り添いながら方向性を調整することが重要である。

## P1-54

### S病院緩和ケア病棟の退院支援

### 「家ときどき病院、病院ときどき家」の実践

福井赤十字病院 緩和ケア病棟

○堀口 ともみ  
○堀口 朋美、奈須田 瞳

【目的】長期間在宅療養できた症例の特徴を明らかにした。【対象及び研究方法】対象は、H26.4.1～H29.8.31に緩和ケア病棟に複数回入退院した患者48名。カルテから、病名・在宅日数・同居家族の有無・訪問看護・在宅医などを調査した。【結果】再入院1回が27名、2回が10名、3回が6名、5回以上5名。継続する医療処置は、医療用医薬品の使用が21名、在宅酸素5名、腎臓4名、ガーゼ交換3名いた。自宅で過ごせた日数（以後在宅日数とする）は、疾患別では、肺がんが13名、平均在宅日数は92日、大腸がん8名84日、乳がん7名105日、泌尿器系7名46日、脾臓・肝臓・胃がん6名35日であった。在宅医・訪問看護の利用者10名の平均在宅日数は117日、訪問看護のみの利用17名は41日だった。家族と同居は42名おり、平均在宅日数は72日、高齢者住宅2名176日、独居は4名11日だった。【考察】肺がん、大腸がん、乳がんの患者は、再入院が2回以上の患者が多く、在宅日数が長い。再入院して症状コントロールが出来るると自宅に戻れることがわかる。胃がん、肝臓脾がんは、再入院後、自宅に戻れず、在宅日数が短い。又、訪問看護のみより在宅医を利用する事で在宅期間は長くなる。これは、症状の変化しやすいがん終末期の患者は、医療との関わりは強く、ADLも低下し往診が必要である。その特徴から、在宅医は、患者家族の安心できる療養生活に必要な事がわかる。更に、独居の方の平均在宅日数は短く、在宅療養を支えるのは、傍にいる人、家族の存在が大きいことがわかる。肺がん、大腸がん、乳がん、在宅医と訪問看護で医療を継続し、家族が傍ににいる患者が「家ときどき病院、病院ときどき家」で過ごし、在宅で長期療養出来ていた。